Rok LI. Kraków, dnia 21. września 1912. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

Poznanie faktu istnienia roznosicieli zaraz (»Bazillentraeger« czy lepiej, według Madsena, »Infectionstraeger«), t. j. faktu, iż drobnoustroje chorobotwórcze mogą utrzymywać się w ustroju i wydzielinach ludzi bez równoczesnych objawów chorobowych, miało dla studyum procesu zakażenia i badania chorób zakaźnych wogóle, nader doniosłe znaczenie teoretyczne. Zmuszało bowiem ponownie do wytłómaczenia warunków, w których ustrój może przechowywać notorycznie szkodliwe drobnoustroje bez żadnej dla siebie szkody, zupełnie tak, jak zwykłe roztocze (saprofity), z drugiej strony budziło ono pytanie, czemu zawdzięczają drobnoustroje możność utrzymywania się w ciele (i to nietylko na powierzchni, lecz i w głębi tkanek) w takich razach, kiedy ustrój (np. ozdrowieńców) posiada niewątpliwie obfity zapas najrozmaitszych środków obronnych, skierowanych przeciw tymże drobnoustrojom wzgl. ich produktom.

Znaczenie powyższego faktu oceniła jednak przedewszystkiem higiena praktyczna: studyum epidemiologii i opierające się na niej zapobieganie chorobom zakaźnym. Najjaskrawiej ilustruje te słowa fakt, że spostrzeżenia, które dziś tłómaczymy jako zjawisko roznosicielstwa, przyczyniły się w wysokim stopniu do usunięcia szranków, jakie stanowiły uciążliwe kwarantanny w dawnem znaczeniu tego słowa. (Np. konferencya drezdeńska z r. 1893, opierająca się na doświadczeniach z epidemii hamburskiej). Bo i jakąż korzyść może n. p. przynieść zatrzymywanie na granicy całych wagonów zboża i towarów, w których przecinkowiec choleryczny tylko wśród szczególnie korzystnych warunków, i to bardzo krótko się utrzymuje, jeżeli równocześnie niespostrzeżenie masowe ich hodowle nieświadomie i bez żadnej ostrożności przemyca zupełnie zresztą niepodejrzany podróżny?

A z drugiej strony, kiedy epidemiologia, tropiąc tem staranniej tych właśnie roznosicieli, coraz to dokładniej zajmowała się otoczeniem chorego, natrafiła na spostrzeżenia, które grożą wprost sprowadzeniem »ab absurdum« samej podwaliny nowoczesnego zwalczania chorób zakaźnych, prowadzonego pod hasłem walki z mikrobem! Tak np. w badaniu szerzenia się zakażeń paratyfusowych stwierdzili niektórzy tak obfite rozpowszechnienie prątka paratyfusu B u ludzi, zwierząt i w ich otoczeniu, iż Conradi nazwał walkę z tym mikrobem w takich warunkach wprost walką z wiatrakami.

Tych kilka słów niech wystarczy do podkreślenia praktycznego znaczenia omawianej sprawy i do uzasadnienia potrzeb krótkiego przeglądu faktów, jakie uzbierano w tym kierunku co do poszczególnych zakażeń.

Mianownictwo ustalone ani też jednolite nie jest. W najszerszem znaczeniu słowa, nazywamy roznosicielem każdego osobnika zdrowego, wzgl. ozdrowieńca, wydzielającego drobnoustroje chorobotwórcze. Lecz z pośród takich właśnie osób zdrowych należy wyróżnić tych, którzy daną chorobę kiedyś — przed dłuższym lub krótszym czasem — przebywali i u których wydzielanie zarazków stanowi tylko przedłużenie takiegoż procesu w okresie choroby, z drugiej strony zaś tych, którzy, uległszy zakażeniu, chorymi »de facto« nigdy nie byli. Są to roznosiciele w ściślejszem znaczeniu słowa, »Bazillentraeger« niemieckich autorów, »porteurs sains« w. Sacquépée [1]), gdy pierwszych określają Niemcy (np. Kirchner [2]), jako »Dauerausscheider«.

W tej gromadzie Sacquépée wyróżnia tych, u których wydzielanie trwa stosunkowo krótko (do 3 miesięcy w durze) jako »porteurs convalescents«, tych zaś, u których wydzielanie ciągnie się przez dłuższy okres, jako »porteurs chroniques«. Dla Froscha [3]) miarodajnym jest okres wydzielania drobnoustrojów, bez względu na to, czy poprzedzała go choroba czy też nie: do 3 miesięcy = »Bazillentraeger«, ponad 3 miesiące = Dauerausscheider«.

Nie trzeba jednak przy tem zapominać, że pewien odsetek »roznosicieli zdrowych« są to w istocie ozdrowieńcy po przebiegu nader lekkim, poronnym danej choroby. Że zresztą nawet u tych roznosicieli, którzy nigdy wcale żadnych oznak chorobowych nie okazywali, np. prątki duru brzusznego jednak nie są zupełnie nieczynne, dowodem tego dodatni odczyn aglutynacyjny, stwierdzony np. w badaniach Dennemarka [4]).

Co do praktycznego znaczenia tych 2 głównych ty-

---

1) Bulletin Pasteur. VIII. 1910.
2) Klin. Jahrb. XIX. 1908, str. 475.
3) ibid. str. 539.
4) Ctblt. f. Bakt. O. 54. 1910.

pów roznosicieli, to na ogół można powiedzieć, że u roznosicieli-ozdrowieńców wydzielanie zarazków trwa dłużej, nieraz nawet latami, aniżeli u roznosicieli właściwych (zdrowych), z tego więc względu profilaktyka musi im pilną uwagę poświęcić. Lecz z drugiej strony trzeba i to zważyć, że na ozdrowieńców z natury rzeczy już z góry ma się zwróconą uwagę i stosuje się przeciw nim środki ostrożności, natomiast »roznosiciele zdrowi« pomimo krótkiego zwykle okresu wydzielania zarazków nabierają znaczenia przez to, że, nie zdradzając niczem swego zakażenia, łatwiej uchodzą uwagi i mogą stać się zarzewiem, z którego wybucha pożoga epidemii.

Oprócz powyższych dwóch rodzajów roznosicieli Conradiemu i Simonowi zawdzięczamy spostrzeżenia, według których w durze brzusznym już w czasie wylęgania się choroby może odbywać się wydzielanie prątków. Conradi oznacza takich roznosicieli jako »pierwotnych« (»porteurs précoces« Sacquépée). Podobnie i w epidemiologii chorób osutkowych (zwł. odry i płonicy) nowsze spostrzeżenia coraz to więcej podkreślają okres wylęgania, jako najważniejszy ze względu na rozpowszechnianie się choroby.

Zwróćmy się obecnie po tych ogólnych uwagach do przeglądu dotychczasowych zdobyczy w poszczególnych zakażeniach, przyczem chcę unikać nadmiernego nagromadzania dat statystycznych.

Jeżeli rozpatrzymy najpierw zakażenia ziarenkowcami, to spotykamy tu przedewszystkiem jednę postać chorobową, w której rola roznosicieli występuje nader jaskrawo. Jest to nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych. Istotnie nie znamy drugiej choroby zakaźnej, w którejby roznosiciele odgrywali rolę tak naczelną, jak właśnie tutaj. Można śmiało powiedzieć, że epidemie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych powstają i łączność ich po przez szeregi lat utrzymuje się prawie wyłącznie dzięki roznosicielom meningokokków. Wiadomo, że pierwotną siedzibą tego mikroba w ustroju ludzkim nie są opony mózgowe, lecz jama nosowa oraz nosowogardłowa. Stąd dopiero następowo przedostają się one u osób usposobionych, głównie młodych, do jamy czaszkowej. Lecz dzieje się tak tylko u bardzo nieznacznej części ludzi zakażonych, u większości pozostają ziarenkowce te na wymienionych błonach śluzowych, wywołując tamże stany zapalne lub nawet nie budząc zgoła żadnych objawów. To też istotnie w otoczeniu chorego bardzo często możemy wykryć meningokokka na błonie śluzowej nosa lub gardła. W epidemii z r. 1905 w Galicyi, zbadanej przez Drobę i przezemnie [5]), wykryto na 189 osób zdrowych z otoczenia chorych 8 razy meningokokka, t. j. u 4·23%. Późniejsze badania podają liczby daleko większe, np. Bruns i Hohn [6]) prawie 50%, głównie u rodziców chorych dzieci. Otóż nie należy sobie wyobrażać, jakoby wszystkie te osoby pozakażały się były od chorego — które to tłómaczenie nasuwa się przedewszystkiem — lecz zakażenie nastąpiło u wszystkich (t. j. u chorego i zdrowych) ze wspólnego źródła (i przeważnie równocześnie), a tylko ten, który był usposobiony, uległ. Chory, unieruchomiony na łóżku, staje się stosunkowo mało niebezpiecznym dla otoczenia (dowodem tego jest zachowanie się zapalenia opon nagminnego w szpitalach, gdzie chorzy tacy nieraz leżą pośród chorych na inne cierpienia — bez żadnych szkodliwych następstw). Natomiast ci, którzy zakazili się również, lecz nieulegli, stają się roznosicielami. W powyżej wspomnianej epidemii w r. 1905 takimi roznosicielami byli głównie robotnicy, wracający z roboty na Ślązku pruskim, którzy wstępując po drodze na nocleg lub odwiedzając swoich krewnych, rozsiewali zarazki zapalenia opon mózgowordzeniowych.

Przy tem trzeba zaznaczyć, że dla przypuszczenia, jakoby meningokokus był droboustrojem ogólnie rozpowszechnionym (ubiquitär), coby naturalnie ogromnie zmniejszało znaczenie roznosicieli i pozwalało tłómaczyć powstanie danej choroby tak, jak przyjmujemy co do zapalenia płuc (pneumonia), t. j. przez chwilowe uzyskanie usposobienia, dla takiego przypuszczenia brak nam podstawy. Owszem odwrotnie, są liczne spostrzeżenia, przemawiające przeciw takiemu zapatrywaniu. Jedne z najpierwszych, na większą skalę prowadzonych, były przytoczone już badania Droby i moje; na 160 dzieci w odludnej wiosce karpackiej pomimo skrupulatnego szukania zapomocą odpowiednich pożywek nieznaleźliśmy meningokoka ani razu, tak samo, jak nie stwierdziliśmy go w wiosce, nawiedzonej poprzednio epidemią, w $2^1/_2$ miesiąca po jej wygaśnięciu. Jeżeli następne badania innych, np. Mayera i Waldmanna [7]) w Monachium, wykazywały 1·73% osób, przechowujących meningokoka, t. j. odsetek mało co mniejszy, aniżeli w czasie poprzedzającej tamże epidemi (2·46%), albo jeżeli Schumacher i Aumann [8]) na blizko 1.500 żołnierzy w garnizonach nadreńskich w przeszło 2% mieli wyniki dodatnie, to trzeba pamiętać, że badania te wykonano w okresie po epidemii, a następnie, że przy badaniu śluzu z jamy nosowogardłowej nader łatwo można być wprowadzonym w błąd przez inne, do meningokoka bardzo podobne ziarenkowce.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Dokończenie).

Oprócz tego znana jest choroba, zwana papuzią (psittacosis), t. j. zapalenie płuc, przeniesione z papugi na człowieka. Nocard wykrył w szpiku kostnym zmarłych na to papug lasecznika bardzo podobnego do l. durowego. Mathieu również znalazł go we krwi, wziętej z serca chorej zmarłej na tę chorobę. Otóż powyższe cierpienie (pneumonia asthenica)

[5]) Rocznik lekarski I. 1906.
[6]) Ctblt. f. Bakt.

[7]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 47. 1910. Beiheft.
[8]) Ctblt. f. Bakt. Or. 57. 1911.
[9]) Klin. Jahrb. 19. 1908.

nie zasługuje na nazwę pneumotyfusu; o odrzucenie tej nazwy dopominają się nowsi autorowie. Są to zapalenia płuc asteniczne z objawami durowymi, w których etyologia jest różna i w których jedynie badanie bakteryologiczne i serologiczne może rozstrzygnąć rozpoznanie (jak w przypadku Fraenkla), objawy zaś kliniczne są łudząco podobne do duru brzusznego, wskutek czego starsi autorowie zaliczali je do duru (Kühn).

Ad 2 b).

Czy zmiany zapalne w płucach są jedynie pierwszym objawem zakażenia całego narządu chłonnego wraz z układem chłonnym jamy brzusznej?

Tutaj należą α) przypadki, rozpoczynające się prawidłowo jako płatowe zapalenie płuc, gdzie w dalszym przebiegu występują objawy typowe dla duru i β) przypadki, w których z początku mamy objawy duru, wkrótce zaś przyłącza się zapalenie płuc.

Pośmiertne badania w powyższych przypadkach wykazały, iż obok płatowego lub astenicznego zapalenia płuc istniały typowe dla duru zmiany anatomo-patologiczne w jelitach. Badanie bakteryologiczne stwierdziło zarówno w płucach, jak i w plwocinie, obok lasecznika durowego i dwoinki lub inne drobnoustroje, dowody mieszanego zakażenia. A więc do ustroju wtargnęły dwa drobnoustroje: jeden z nich lub obydwa wywołały zmiany w płucach. Dwoinki lub inne pozostały w tkance płucnej, zaś durowe pierwotnie przeniknęły do dróg chłonnych płuc i gruczołów oskrzelowych, a następnie powędrowały dalej i dotarły do swych ulubionych miejsc — narządu chłonnego w jamie brzusznej, wywołując typowe zmiany, a tem samem i objawy kliniczne.

Czy istnieje »pneumotyphus sensu stricto«, t. j. zapalenie płuc, wywołane wyłącznie przez lasecznika Ebertha bez udziału narządu chłonnego jamy brzusznej«, czyli czy płuco może być jedynem i wyłącznem umiejscowieniem duru? Dla tych przypadków nawet zgodnie z Schottmüllerem można przyjąć nazwę »pneumotyphus« albo »typhus e pneumonia«.

Lepine w r. 1878 i 1880 opisał podobne przypadki. Ponieważ jednak prace Lepinea pochodzą z czasów przedbakteryologicznych, brak im też siły dowodowej w postaci badań bakteryologicznych. W przypadkach podobnych na sekcyach znajdowano laseczniki, nieznaczne zmiany natury durowej w jelitach, natomiast typowe dla zapalenia płuc. Do tej pory jednak brak dokładnych badań bakteryologicznych, któreby umożliwiły stwierdzenie istnienia »duru płucnego«, (iż użyję tego wyrażenia), wywołanego przez prątki Ebertha. Należałoby badać krew od pierwszego dnia choroby, plwocinę, a także krew z płuc, otrzymaną przez nakłucie.

Szeroko się rozwiodłem nad tą sprawą, gdyż, jak wyżej mówiłem, w istniejącej epidemii spostrzegałem kilka przypadków, w których objawy ze strony płuc (zapalenie) rozpoczynały chorobę, dominowały pewien czas, poczem dopiero występowały objawy duru brzusznego. Dwa z nich spostrzegałem wspólnie z kol. Chojką, jeden z kol. Krauzem. Wszystkie były badane serologicznie i bakteryologicznie zarówno u nas przez kol. Wojczyńskiego, jak i w Warszawie przez kol. Muttermilcha (1 przyp.). Pierwszy przypadek z zejściem pomyślnem dotyczył 16-letniej dziewczynki. Od pierwszych chwil zachorowania wystąpiły objawy ze strony płuc, z początku w postaci suchego zapalenia opłucnej, potem zaś w postaci obustronnego zapalenia płuc płatowego. Objawy płucne dominowały aż do początku trzeciego tygodnia. Stwierdziliśmy wówczas znaczne stłumienie z jednej strony pod łopatką i osłabienie oddechu. Liczba oddechów 60, sinica, kaszel suchy, męczący, raz pojawiła się rdzawa plwocina. Ciepłota wysoka i odurzenie. Przypuszczając zapalenie płuc i opłucnej (pleuropneumonia), wykonaliśmy nakłucie próbne z wynikiem ujemnym. Wobec tak ciężkich objawów powziąłem podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z gruźlicą prosówkową? Dopiero wyhodowanie l. durowego ze krwi chorej i aglutynacya naprowadziły rozpoznanie na tory właściwe. Wreszcie dalszy przebieg choroby zadał kłam ostatniemu przypuszczeniu. W tym przypadku natrafiliśmy na dziwne zjawisko. Laseczniki, wyhodowane ze krwi chorej, nawet w odległych pokoleniach nie ulegały aglutynacyi ani pod wpływem własnej, ani wysokowartościowej obcej surowicy. Był to szczególnie odporny gatunek drobnoustroju durowego na działanie własnej i cudzej surowicy. Do własnej się przyzwyczaił, przeciwko zaś obydwom dobrze się uzbroił.

Drugi przypadek z zejściem śmiertelnem dotyczył 26-letniego mężczyzny, alkoholika, ze śródmiąższowem zapaleniem nerek. Ósmego dnia choroby stwierdziliśmy stłumienie pod prawą łopatką, oddech szorstki, z przodu niekiedy trzeszczenia, kaszel suchy, męczący, oddech przyspieszony. Chory się skarżył na ból w prawym boku; przytomność zachowana, jakkolwiek znać odurzenie. Na brzuchu niewielka różyczka. Śledziona nie powiększona. Tętno 96 przy ciepłocie przeszło 39° C. Wszystko przemawiało za zapaleniem płuc płatowem. 12. dnia objawy w płucach nieco wyraźniejsze w postaci trzeszczeń z tyłu, lecz jednocześnie silne odurzenie i powiększająca się różyczka budziły wątpliwość co do rozpoznania: czy pneumonia asthenica, czy typhus abdominalis z pierwotnem ogniskiem w płucu, czy też »pneumotyphus sensu stricto«. Badanie serologiczne, dokonane przez kol. Wojczyńskiego, stwierdziło aglutynacyę durową do wysokości 1:300; hodowle jałowe. A więc dur! Jedynie nie rozstrzygnęliśmy pytania, czy płuco było jednem z usadowień, czy też jedynem. Było ono wszakże najwcześniejszem usadowieniem sprawy durowej.

W morfologii krwi durowych zachodzą typowe zmiany: zmniejsza się ilość substancyi barwnych, zawartość żelaza, oraz ilość włóknika, — to ostatnie w razie braku powikłań w postaci rozlanego nieżytu oskrzeli lub zapalenia płuc. Podobnie, jak w innych zakaźnych chorobach, występuje mierna niedokrwistość, ilość hemoglobiny zmniejsza się o 10 – 30%, liczba czerwonych ciałek o 1 milion (około). Najbardziej jednak typowe zmiany zachodzą w układzie leukocytowym. Swoistą dla duru jest leukopenia.

W początku choroby i okresie zdrowienia liczba leukocytów jest nieco zwiększona, zaś od połowy pierwszego okresu spada do 4000, a nawet do 2000, z wyjątkiem u dzieci. Im przebieg cięższy, tem leukopenia wybitniejsza. Układ leukocytowy przedstawia się jak następuje: W pierwszych dniach gorączki nieznacznie powiększa się ilość obojętnochłonnych komórek, następnie ilość ich się zmniejsza, aż do ustania gorączki. Komórki eozynochłonne znikają od początku prawie zupełnie lub też zupełnie, z opadaniem

gorączki zjawiają się ponownie, a w okresie zdrowienia występuje wybitna eozynofilia (1200 = około 20%). Ilość limfocytów stale zmniejszona zarówno w I. okresie podnoszenia się ciepłoty, jak i w okresie gorączki stałej. Z chwilą, gdy gorączka ujawnia skłonność do spadku, ilość limfocytów wzrasta. W chwili występowania powikłań zamiast leukopenii pojawia się leukocytoza. Brak leukocytozy podczas powikłań stanowi złą oznakę. Dowodzi to bowiem, że szpik kostny nie jest zdolny oddziaływać na podrażnienie przez tworzenie nowych komórek.

Pomyślnemi oznakami w rokowaniu są: obecność komórek eozynochłonnych podczas wysokiej gorączki, jak również obecność względnie wielkiej ilości obojętnochłonnych bez powikłań. Wzrastanie ilości limfocytów zwiastuje spadek gorączki. Złymi zaś zwiastunami są znaczna leukopenia, wybitnie mała ilość limfocytów i brak leukocytozy podczas powikłań.

Naegeli tłómaczy leukopenię w durze w sposób następujący: Wskutek niedomogi szpiku kostnego, wywołanej przez zatrucie toksynami durowemi, następuje powstrzymanie cytogenezy czyli tworzenia nowych komórek. Naegeli opiera się nietylko na spostrzeżeniach klinicznych, lecz i na danych doświadczalnych oraz anatomo-patologicznych. Limfocytozę zaś w posuniętych okresach duru tłómaczy Naegeli większą odpornością na jad durowy gruczołów chłonnych, w których po pewnym okresie przemijającego porażenia występuje okres wzmożonej czynności.

Leukopenię spotykamy prócz duru w odrze, zimnicy, gorączce maltańskiej, prosówce oraz w chorobie Heine-Media w jej gorączkowym okresie.

Streszczam wszystko, com wyżej powiedział.

Niewątpliwą przyczyną duru brzusznego sensu strictiori jest lasecznik durowy Ebertha Gaffkyego.

Lasecznik ten, przedostawszy się w któremkolwiek miejscu przewodu pokarmowego, dąży natychmiast do dróg chłonnych w całym ustroju, usadawia się zaś przeważnie w narządach chłonnych jamy brzusznej, krezkowych i błony śluzowej jelit, wywołując w nich swoiste zmiany anatomopatologiczne. Lasecznik z przewodu piersiowego przedostaje się do krwi i w tym okresie występuje gorączka. We krwi pozostaje lasecznik niemal do wygaśnięcia gorączki. Każdorazowemu wtargnięciu nowej seryi laseczników do krwi towarzyszy obostrzenie choroby lub nawrót. Z krwi wędruje lasecznik do różnych narządów, wywołując miejscowe sprawy zapalne, również z krwi przedostaje się ponownie do jelit, w których zawartości oprócz tego w chwili wytworzenia się owrzodzeń, lub odpadania strupów zjawia się w większych ilościach. Z gruczołów chłonnych jamy brzusznej wędruje lasecznik w odwrotnym kierunku do skóry brzucha, wywołując różyczkę. W pęcherzyku żółciowym usadawia się na stałe, przemieszkując w nim nietylko przez czas choroby, lecz nawet szeregi miesięcy po przebytej chorobie. Stąd także przedostaje się do jelit, wytwarzając długotrwałe źródło zakażenia. Zależnie od usadowienia objawy i zmiany anatomo-patologiczne bywają różne. Przepełnienie krwi lasecznikami durowymi bez zmian w jelitach wywołuje objawy ciężkiej posocznicy; przewędrowanie mnóstwa laseczników durowych przez jelita bez zatrzymywania się w ich błonie śluzowej i gruczołach jamy brzusznej wywołuje objawy zatrucia w postaci ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, trwającego dni kilka z lekkim przebiegiem. Usadowienie w narządach, (mózgu, płucach, pęcherzyku żółciowym) wywołuje schorzenie tychże w pierwszym rzędzie, któremu mogą towarzyszyć objawy ze strony jelit, a także swoiste zmiany anatomo-patologiczne, lub też schorzenie tych narządów przebiega bez udziału jelit i gruczołów krezkowych. Wielkość i rozległość zmian anatomo-patologicznych w jelitach nie odpowiada ciężkości przebiegu.

Lasecznik durowy wywołuje swoiste zmiany we krwi w postaci leukopenii i znikania komórek eozynochłonnych. Oprócz tego powstają we krwi ciała odczynowe, jak aglutyniny i precipityny, oraz ochronne, jak antyendotoksyny, może antytoksyny, lizyny i opsoniny, warunkujące wyzdrowienie, a także odporność najczęściej na całe życie. Jedynie pewną oznaką rozpoznawczą jest wykrycie lasecznika durowego we krwi chorych.

Dotychczasowe usiłowania swoistego leczenia duru brzusznego nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya i laryngologia.

Barth: **Wpływ stanu nosa na schorzenia krtani i głębszych dróg oddechowych** (Med. Klinik 1912, Nr. 14). W budowie nosa upatrywać można zasadę zwiększonej powierzchni. Do tego celu służą małżowiny, dalej przegroda nosowa, a nawet jamy boczne nosa, których zawartość powietrzną przy wchodzeniu powietrza do nosa i powstających przez to zmianach ciśnienia miesza się z powietrzem przechodzącem przez nos. Powietrze to ulega zmianom pod kilku względami, bo najpierw ogrzewa się (powietrze po przejściu przez nos ma ciepłotę najmniej 30°), dalej nasyca się parą wodną, a wreszcie przechodząc przez szereg zaułków, oczyszcza się, pozostawiając w nich cząstki pyłu. Ważna jest też nagła zmiana kierunku drogi, którą powietrze dostaje się do gardła po przejściu przez nos, a tu znów migdałek trzeci ze swem utkaniem chłonnem także wielką rolę odgrywa. Przez schorzenia nosa, wywołujące jego zatkanie, odpadają powyższe czynniki, ważne dla całej sprawy oddychania, występuje cały szereg objawów chorobowych, a nawet powstać mogą ciężkie schorzenia narządów oddechowych. A więc najpierw nieżyty gardła z nieznośnem często uczuciem wysychania, palenia w gardle, nieżyty krtani, a głównie strun głosowych, zgrubienia strun w całości lub częściowo. Przy przewlekłem zapaleniu strun i powstałem przez to ich zwiotczeniu, potrzeba przy fonacyi o wiele silniejszego ciśnienia przy wydechu i mocniejszego zamknięcia głośni, struny więc przy tem drażnią się wzajemnie i zapalenie przez to jeszcze się zwiększa, głównie w tem miejscu, gdzie drgające struny najbardziej się stykają, a więc we środku albo nieco przed środkiem wolnego brzegu; te wpływy mechaniczne wywołują powstawanie guzków na strunach (Saugerknötchen). Drugiem następstwem przewlekłego nieżytu krtani jest wrzecionowaty kształt głośni przy fonacyi, a której bezpośrednim powodem jest zanik mięśni (A m. thyreoarytaenoidei interni), a ta zmiana wywołuje również jak tamta, znaczne upośledzenie głosu, szczególnie przy zawodowem jego używaniu.

Związek przyczynowy między stanem nosa, a dychawicą oskrzelową istnieje niezawodnie, chociaż nie w tym

stopniu, jak dawniej mniemano. Ropne sprawy w nosie, w jamach bocznych, a także rozmaite postacie ozeny mogą również stać się przyczyną zakażenia dolnych dróg oddechowych. Dr Mondschein.

Neurologia i psychiatrya.

A. N. Spirtow. **W sprawie ciśnienia krwi u umysłowo chorych.** (Obzor. psychiatr. i neurol. 1911, Nr 5—10). Streściwszy odnoszącą się tu literaturę, autor zdaje sprawę z własnych doświadczeń, dokonanych na 10 chorych (4 z psychozą maniakalnodepresyjną, 2 z pomieszaniem, które następnie przeszło w przedwczesne otępienie, dwóch z pomieszaniem, które minęło, nie pozostawiając widocznych śladów w inteligencyi chorych, a nareszcie dwóch chorych na porażenie postępujące z urojeniem wielkości). Określanie ciśnienia przeprowadzano z zachowaniem wszelkich ostrożności co do względnego spokoju chorych podczas doświadczenia, przy pomocy tonometru Gartnera oraz przyrządu Boulomié, którego rysunek i opis autor w swej pracy zamieszcza. Wyniki doświadczeń były mniej więcej następujące:

Przy zwykłych stanach melancholijnych nie zauważono podniesienia ciśnienia, a natomiast przy stanach maniakalnych oraz przy stanach melancholijnych z podnieceniem występowało nieraz podniesienie ciśnienia. Liczby wieczorne bywały zwykle wyższe od porannych. Tętno i oddech rzadko wychodziły z granic prawidłowych; wahania ich częstości, podobnie jak ciśnienia krwi, naogół niewielkie, były większe nieco przy stanach maniakalnych i melancholii z podnieceniem. Napady strachu lub przygnębienia, o ile nie trwały zbyt długo, wywoływały także tylko niedługo trwające podniesienie ciśnienia (maximum o 20 mm). W stanach pomieszania ciśnienie krwi odznaczało się nieprawidłowym przebiegiem z wielkiemi dobowemi wahaniami. Najwyższe liczby przytem przewyższają najwyższe liczby prawidłowych wahań, natomiast o najniższych liczbach tego powiedzieć nie można. Wahania zmniejszają się równolegle z ustępowaniem objawów pomieszania. Wieczorne liczby także w tej kategoryi psychoz bywały wyższe od porannych, a ta sama reguła stosowała się do częstości tętna i oddechu. Pod wpływem wzruszeń psychicznych podwyższenie ciśnienia krwi dochodziło do 35 mm. Pomiędzy wahaniami ciśnienia krwi, a wahaniami tętna i oddechu stałej równoległości — podobnie jak w poprzedniej grupie, — wykazać nie było można. W dwóch przypadkach porażenia postępującego z urojeniami wielkości dawały się zauważyć nieprawidłowości ciśnienia krwi nieco większe, niż w pierwszej, a nieco mniejsze niż w drugiej z grup, poprzednio omawianych. Na ogół cyfry ciśnienia były raczej wyższe (obaj chorzy cierpieli na stwardnienie tętnic). Częstość tętna, na ogół prawidłowa, niekiedy dochodziła do liczb wyższych, częstość oddechu natomiast spadała do liczb niższych od średniego poziomu. S. Trzebiński.

Dermatologia i syfilidologia.

Brodfeld. **Wrzód miękki na palcu powstały przez samozakażenie.** (Med. Klin. 1912, Nr 28). Autor przytacza przypadek dotyczący pewnego żołnierza, u którego w 10 dni po okazaniu się kilku wrzodów miękkich na wewnętrznej blaszce napletka i zropieniu gruczołów pachwinowych, wystąpił typowy wrzód miękki na grzbietnej stronie wielkiego palca ręki, wielkości 10-halerzówki, ze skłonnością rozszerzenia się; gruczoły pachowe odpowiednie obrzękłe, bolesne. Autor znalazł w ropie zebranej z dna wrzodu pod drobnowidem obok gronkowców także prątki Ducreya. Hodowla agarowa wypadła również dodatnio. Chory ten przez dotknięcie się wrzodu na członku wszczepił sobie jad w skórę palca. Mondschein.

Weiss L. **W sprawie poronnego leczenia wiewióra u mężczyzn.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 113). Sposób W. polega na wstrzykiwaniach zwykłą strzykawką tryprową 3% hegenonu do cewki przedniej. Wstrzykiwania te powtarza się raz dziennie przez 4—5 dni, zatrzymując płyn w cewce przez 5 minut. W. chwali powyższą metodę, przeprowadzoną dotychczas na bardzo zresztą małym materyale, twierdząc, iż hegonon błony śluzowej cewki prawie nie drażni, nie wywołuje żadnych powikłań i że w razie nieudania się leczenia poronnego przez takie wstępne wstrzykiwania skraca się następowe leczenie czasami dość znacznie. H. L. Weber.

Berger. **Blenotin, środek przeciwwiewiórowy, nie drażniący.** (Med. Klinik, 1912, Nr 17). Środek ten, zażywany w kapsułkach (4 razy po 2 dziennie), jest połączeniem czystego olejku santałowego z kamforą, urotropiną, kwasem borowym. Działa bardzo dobrze na bole przy moczeniu, usuwa częste i szkodliwe wzwody przy wiewiórze, zmniejsza wyciek ropny, który po kilku dniach zażywania przechodzi w śluzowy, oczyszcza mocz. Na powikłania ze strony pęcherza wpływa blenotin bardzo dodatnio, usuwając szybko parcie i krwawienie przy końcu moczenia. Przy wiewiórze w wieku dziecięcym, gdzie często z powodu niespokojnego zachowania się dziecka o miejscowem leczeniu mowy być nie może, blenotin stosowany cztery razy dziennie po jednej kapsułce działa równie dobrze i szybko, jak u dorosłych. Dodatnią stroną tego środka jest brak drażniącego wpływu na przewód pokarmowy i nerki, co przy innych dotąd używanych przetworach olejku santałowego zdarza się prawie zawsze. Blenotin wyrabia firma Krewel i Spka (Kolonia). Mondschein.

Junqmann. **Rokowanie i leczenie gruźlicy skóry.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 20). Rokowanie przy gruźlicy skóry zależy w pierwszym rzędzie od stanu ogólnego i od powikłań w narządach wewnętrznych. Tuberkulina wspomaga bardzo leczenie miejscowe, ale sama nie leczy sprawy. Najdzielniejszym sposobem leczenia jest bezwarunkowo wycięcie, niestety nadaje się ono tylko do przypadków ograniczonych, nie rozlanych. Drugim dość pewnym sposobem leczenia jest światło Finsena, co jednak wymaga wielkiej cierpliwości i kosztów. Daje ono jednak około 60% trwałych i kosmetycznie zadawalniających wyleczeń. Przy toczniu błony śluzowej stosujemy prócz tego promienie Röntgena i środki chemicze. Narzędziem w leczeniu gruźlicy skóry oddającem bardzo złe usługi jest łyżeczka ostra. Promienie Röntgena oddają dobre usługi przy równoczesnych powikłaniach w gruczołach i naczyniach limfatycznych przy sprawach połączonych z rozmiękaniem, brodawkowych i jako przygotowanie do leczenia sposobem Finsena. Podobny zakres ma stosowanie radu. Dobrze też działa lampa kwarcowa Kromayera. Ze środków chemicznych najskuteczniejszym jest pyrogallol (10% maść lub plaster), ew. w kombinacyi z resorcyną, salicylem, dalej nadmanganian potasu i sublimat. Unikać należy przypalania lapisem i Paquelinem, lepiej już działa przyrząd Holländera (gorące powietrze). W ostatnich czasach zachwalają diatermię. A.

Rosenthal. **Miesienie w cierpieniach skórnych.** (Med. Klinik, 1912, Nr 27). R. już przed 25 laty zachęcał do mechanicznego leczenia chorób skórnych; obecnie ponawia tę zachętę na mocy bogatego doświadczenia, zwłaszcza co do miesienia. Oddaje ono cenne usługi w cierpieniach swędzących, dalej w sprawach połączonych z twardnieniem skóry, przy trądziku, odmrożeniach i zmianach naczynioruchowych. Miesienie działa keratoplastycznie, usuwa nadmierne wydzieliny skóry (łojotok), czyni skórę elastyczną, dlatego też nadaje się do blizn, keloidów i t. p. Dobre skutki odnosi też miesienie wokoło wrzodów goleni, przy słoniowacinie, łysinach, przewlekłych wypryskach, a nawet w innych cierpieniach, np. łuszczycy i t. p. Leczenie to powinno uzupełniać inne sposoby i wymaga wielkiej cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Nieocenione usługi oddaje wreszcie miesienie kosmetyczne np. twarzy,

gdy chodzi o usuwanie zmarszczek, tłuszczu, wyrabianie cery i t, p. Na twarzy miesić należy w pewnych kierunkach i tak czoło równolegle do brwi od środka na zewnątrz, skronie od wewnątrz i góry ku zewnątrz i na dół, a półksiężycowato przy t. zw. gęsiej łapce, policzki od nosa ku uszom, brodę od środka ku kątowi szczęki i t. p. W niektórych cierpieniach dobre usługi oddaje kombinacya skaryfikacyi z miesieniem (trądzik, figówka, sprawy zastoinowe i t. p.). Do miesienia najlepiej używać wazeliny lub euceryny. A.

Székely. **Nowy sposób wszczepiania włosów w łysinę.** (Tow. lek. Budapeszt II. 1912). Szekély wszczepia w łysinę włosy obce w ten sposób, że długi włos wsuwa w złotą pętelkę, a tę znowu razem z włosem wprowadza pod skórę, przez co odrazu uzyskuje dwa włosy. Na jednem posiedzeniu w ten sposób, udaje się wszczepić do 500 włosów przez $^3/_4$ godziny. Włosy te i pętelki nie drażnią wcale skóry i utrzymują się znakomicie latami, bo około złotego haczyka tworzy się tkanka łączna. Rzecz prosta, że postępować należy bardzo czysto i operować w znieczuleniu. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1912.

Obecnych członków 29. przewodniczy M. Kozłowski.

1) Fudakowski: **O przeroście gruczołu krokowego.** Przypomniawszy w krótkości anatomię gr. krokowego, omawia prelegent dwie główne teorye, tłómaczące istotę przerostu gr. krokowego, — teoryę zapalną i nowotworową. Dalej potrąciwszy o symptomatologię omawia prelegent stosowane dotychczas zabiegi chirurgiczne (kastracya, wazektomia, angioneurektomia, operacya Bottiniego itd. i szczegółowo zatrzymuje się na opisie doszczętnej operacyi Freyera i na modyfikacyi, proponowanej głównie przez Cholcowa, polegającej na założeniu z początku tylko przetoki pęcherzowej i dopiero po upływie 1 — 3 miesięcy usunięciu gruczołu. W przypadkach zaniedbanych ze złym stanem nerek i serca ten sposób dwuczasowej operacyi zmniejsza znacznie niebezpieczeństwo zabiegu i pozwala znacznie rozszerzać wskazania do operacyi. Następnie przytacza prelegent 12 przypadków z praktyki szpitala miejskiego i prywatnej. Z tych 5 operowano dwuczasowo 7-typowym sposobem Freyera. Wiek od 59 do 75 lat. Z operowanych jednoczasowo — dwa zejścia śmiertelne, dwuczasowo — 0. Największa waga usuniętego gruczołu wynosiła w jednym przyp. 113 gram., w drugim 225 gram., ostatni przypadek dotyczy 75-letniego starca, który nie doznawał żadnych dolegliwości pęcherzowych, dopiero nagle uległ całkowitemu zatrzymaniu moczu.

W dyskusyi Reise pyta prelegenta, czy stosował w razie krwotoków przy zabiegu operacyjnym obszywawanie brzegu wewnętrznej rany, jak to doradza Zukerkandl. — Fudakowski wyjaśnia, iż metody Zukerkandla w przypadkach krwotoków nie stosował, używał natomiast tamponady, która ma tę złą stronę, iż często wiedzie do zakażenia.

Reise wspomina, iż bywają przypadki, w których zjawiska kliniczne przerostu gruczołu krokowego bywają bardzo wybitne, natomiast gruczoł bywa mało zwiększony; w przypadkach takich jednak operacya daje wynik bardzo dobry, gdyż zjawiska kliniczne ustępują prędko, dalej pyta prelegenta, jakie są wskazania do zabiegu operacyjnego wobec tego, iż cewnikowanie, stosowane systematycznie daje samo często bardzo dobre wyniki, jakie powikłania spotykał prelegent przy stosowaniu metody operacyjnej Freyera i jakie są jej strony ujemne, a także czy w przypadkach, gdzie cewka zbyt daleko bywa wyciętą, często spotykać się daje następowe nietrzymanie moczu, wreszcie, czy prelegent spotykał przetoki pęcherza moczowego po operacyi.

Fudakowski wyjaśnia, iż na jednym z preparatów prelegenta widać, iż operacya powinna być zastosowana wtedy, kiedy inne zabiegi nie dają wyników, lub też z jakichkolwiek powodów nie mogą być zastosowane, o czem najczęściej rozstrzyga stanowisko socyalne chorych; wobec zaś tego, iż metoda Chalcowa (operowanie dwuczasowe) znacznie obniża % niepomyślnego zejścia zabiegu operacyjnego, zakres wskazań do operowania chorych na przerost gruczołu krokowego znacznie się rozszerza. Operacya Freyera jest zabiegiem wogóle ciężkim, po operacyi spostrzegał mowca tylko raz psychozę, innych powikłań w swoich przypadkach nie spotykał.

Łążyński zwraca uwagę, że zjawiska kliniczne zależne były od przerostu płatu średniego gruczołu krokowego, który jakgdyby klapą zakrywał od wnętrza pęcherza ujście cewki moczowej przy wogóle nieznacznym przeroście sterczu; w przypadkach takich w razie ciężkiego stanu ogólnego można operować część tylko gruczołu, co byłoby zabiegiem względnie łagodnym.

Fudakowski: Można stosować częściowe wycięcie w przypadkach kiedy powiększony jest tylko płat środkowy. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie, bo zwykle jednocześnie bywają zwiększone, choćby nieznacznie, także i płaty boczne, które mogą z czasem stać się przyczyną zjawisk chorobowych.

Łążyński opierając się na przypadku Jahnsena, (po operacyi kamienia pęcherza moczowego nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu, które ustąpiło dopiero po drugiej operacyi usunięcia przerostu sterczu) przypuszcza, iż kamień, uciskając na dno pęcherza wyprostowywał skurczoną część cewki moczowej, co pozwalało choremu przed litotomią oddawać dowolnie mocz.

Dąbrowski wspomina, iż sądząc ze statystyki Cholcowa zabieg operacyjny w przeroście gruczołu krokowego należy stosować zawsze. — Fudakowski zaznacza, iż Cholcow znacznie ścieśnia zakres przeciwskazań do operacyi, a 2 ciężkie przypadki, spostrzegane przez prelegenta, w których stosowano metodę Cholcowa z bardzo dobrym skutkiem, skłaniają bardzo do zdania Cholcowa.

Cichocki pyta, czy prelegent uważa przerost gruczołu krokowego za sprawę zapalną, czy też nowotworową. — Fudakowski wyjaśnia, iż Ciechanowski i Rothschild za przyczynę przerostu sterczu uważają sprawę zapalną, z 12 jednak przypadków spostrzeganych przez prelegenta, jeden tylko zdaje się stwierdzać zdanie tych autorów, co wykazały badania drobnowidowe. — Trzebiński pyta, czy istnieje związek pomiędzy stwardnieniem tętnic, a przerostem gruczołu krokowego. — Fudakowski wyjaśnia, iż teoryę tego związku wygłosił jeden z uczniów Gyona, obecnie jednak należy uważać ją za obaloną. — Wojciechowski sądzi, iż znajdowanie przerostu gruczołu krokowego u ludzi w wieku podeszłym przemawia za tem, iż sprawa ta jest pochodzenia nowotworowego. — Fudakowski zwraca uwagę, iż dowód ten nie jest niezbitym, gdyż przerost gruczołu krokowego spostrzegano w wieku bardzo młodym nawet u 20 letniego młodzieńca. Sekretarz: Z Gilewicz.

Ankieta przeciwgruźlicza Związku kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków w Galicyi.

Sprawą walki z gruźlicą zajęły się powiatowe Kasy chorych w Galicyi na ostatniem zgromadzeniu delegatów Związku

tych kas, kierowanego przez zarząd Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie. O rozpoczętej w tym względzie swojej akcyi rozesłał Zarząd tego Zakładu obszerny komunikat, z którego przytaczamy najważniejsze ustępy.

»Wychodząc z założenia, że skuteczność akcyi zawisłą jest od zainteresowania nią jak najliczniejszych czynników i od uogólnienia walki z gruźlicą, zarząd Zakładu odbył najpierw konferencyę z prezesem galic. Towarzystwa walki z gruźlicą a następnie zaprosił do ankiety nad sprawą pp. Dra Bernadzikowskiego, członka wydziału krajowego, Dra K. Krzyżanowskiego, krajowego inspektora sanitarnego, J. Neumanna, prezydenta, Dra Stahla, wiceprezydenta miasta, prezesa Towarzystwa walki z gruźlicą*) prof. Dra Wiczkowskiego; lekarzy Dra Betta, naczelnego lekarza miejskiej kasy chorych we Lwowie, Dra Stahra, naczelnego lekarza miejskiej kasy chorych w Krakowie, Dra Mikołajskiego, radcę miejskiego, Dra Skałkowskiego, lekarza Zakładu ub. rob. od wyp., posła Hudeca, dyrektora i K. Nachera, sekretarza miejskiej kasy chorych we Lwowie.

Ankieta odbyła pod przewodnictwem Dra A. Małaczyńskiego, prezesa Zakładu, kilka posiedzeń i ostatecznie na podstawie referatu Dra Mikołajskiego, uchwaliła następujące rezolucye:

I. Ankieta uznaje, że klęska gruźlicy, która całej ludności wyrządza olbrzymie szkody, najwięcej dotyka warstw robotniczych. Wobec tego ankieta wita z uznaniem inicyatywę Zgromadzenia delegatów Związku powiatowych kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, zmierzającą do zwalczania gruźlicy w tych warstwach.

II. Ankieta wyraża zdanie, że tak akcya przeciwgruźlicza wogóle, jak w szczególności akcya do zapewnienia członkom kas chorych leczenia sanatoryalnego, powinny pozyskać jak najwydatniejsze poparcie od gmin, kraju i państwa.

III. Obok szerokich reform społecznych, zapobiegawczych, dążyć należy do tego, aby w niedalekiej przyszłości każdy, zagrożony suchotami, lub już tą chorobą dotknięty mógł otrzymać stosowne leczenie.

Ponieważ tak rozległa działalność lecznicza wymaga uruchomienia wielkich kapitałów na zakładanie sanatoryów ludowych i utrzymanie chorych, a sum potrzebnych na ten cel może za wzorem Niemiec dostarczyć ubezpieczenie społeczne na wypadek niezdolności do pracy, ankieta uznaje tę wielką reformę za nagląco potrzebną w celu położenia tamy dalszemu szerzeniu się gruźlicy.

IV. Zanim to nastąpi, jest obowiązkiem kraju bodaj w mniejszym zakresie uprzystępnić leczenie gruźlicy niezamożnym sferom, a do tego najlepiej służyć mogą osobne pawilony lub oddziały przy szpitalach publicznych, na sposób sanatoryalny urządzone i prowadzone, w których także członkowie kas chorych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej pomoc znaleźćby mogli.

We Lwowie i Krakowie pawilony sanatoryalne powstać powinny poza miastem w miejscu, posiadającem dogodne warunki i należycie wyposażone stać się wzorem i niejako szkołą sanatoryalnego leczenia szpitalnego.

Budowę tych pawilonów pod Lwowem i Krakowem i ich prowadzenie objąć może Tow. walki z gruźlicą, jeżeli od gminy uzyska bezpłatnie stosowny grunt, a od kraju i państwa odpowiednią pomoc finansową.

Pomoc kraju polegać może bądź to na wydatnej corocznej subwencyi, bądź na udzieleniu bezprocentowej pożyczki, bądź wreszcie na zagwarantowaniu spłaty pożyczki inwestycyjnej, zaciągniętej w innych instytucyach a w szczególności pożyczki mogącej się uzyskać pod gwarancyą kraju z funduszów Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków.

Związek powiatowych kas chorych może w miarę funduszów tylko skromnemi ofiarami do pokrycia tych inwestycyi się przyczyniać w zamian za zarezerwowanie pewnej liczby miejsc w pawilonach sanatoryjnych dla członków kas chorych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej.

V. Ankieta uznaje naglącą potrzebę zakładania dyspensatoryów (miejsc porady i opieki) przeciwgruźliczych za sprawę pierwszorzędnej wagi.

W tym celu w miastach należy w miarę możności zakładać dyspensatorya przeciwgruźlicze, choćby na razie z ograniczonym zakresem działania. Kasy chorych dostarczą Towarzystwu walki z gruźlicą lokalu, jeśli nim rozporządzają.

Także gminy interesowane nie odmówią w tej sprawie pożądanej pomocy.

Należy też dążyć do zorganizowania odpowiedniej akcyi, aby dyspenzatorya przeciwgruźlicze były prowadzone i utrzymywane nawet w najmniejszych miejscowościach drogą ofiarności społeczeństwa.

VI. Dopiero gdy w kraju powstaną przy szpitalach publicznych pawilony i oddziały sanatoryalne, lub gdy uzyska się niezbędne znaczne środki na dalsze rozszerzenie akcyi sanatoryalnej, stanie się aktualną sprawa utworzenia większych sanatoryów ludowych w podgórskich, lesistych i odpowiednio położonych miejscowościach.

W początkowym okresie akcyi przeciwgruźliczej o osobnych takich większych sanatoryach myśleć nie można, gdyż ze względu na bardzo wielką liczbę chorych, potrzebujących leczenia sanatoryalnego, a szczupłości środków należy ograniczać się jak najwięcej w wydatkach, aby to leczenie możliwie jak największej liczbie chorych dostępnem uczynić. Z tego też względu ankieta oświadcza się za jaknajskromniejszym systemem pawilonów sanatoryalnych, które jednak powinny odpowiadać wszelkim wymogom higieny i lecznictwa.

VII. Ankieta wyraża nadzieję, że podania Towarzystwa walki z gruźlicą i Związku powiatowych kas chorych, tudzież Zakładu ubezp. robot. od wypadków, wniesione w myśl powyższego programu akcyi do władz, będą życzliwie rozpatrzone i załatwione.

VIII. Ankieta jest zdania, że stałe współdziałanie kas chorych, Związku powiatowych kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków z krajowem Towarzystwem walki z gruźlicą jest bardzo pożądane i że stosowna reorganizacya Towarzystwa w tym celu jest wskazana. Wspólnemi siłami tych instytucyi powiedzie się łatwiej poruszyć całe społeczeństwo do walki z gruźlicą i walkę tę w masach ludowych spopularyzować. Zarazem przy współdziałaniu tych instytucyi, a ewentualnie i innych czynników da się przeprowadzić pewna decentralizacya akcyi przez tworzenie sekcyi prowincyonalnych.

IX. Ankieta jest zdania, że u nas w sprawie gruźlicy potrzeba jeszcze usilnej propagandy, gdyż społeczeństwo nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z olbrzymich rozmiarów klęski i jej szkodliwych następstw w rozwoju ekonomicznym i kulturalnym kraju.

Należy także przez odpowiednie publiczne pouczanie (w szczególności wykłady w kasach chorych) działać wychowawczo na najszersze warstwy społeczeństwa o istocie i szkodliwości gruźlicy oraz o sposobie jej zwalczania i leczenia.

Ankieta apeluje szczególnie do prasy codziennej, aby przez częstsze i więcej wyczerpujące traktowanie sprawy gruźlicy oddziaływała na szerokie koła, a przez to spełniała obowiązek obywatelski uświadamiania społeczeństwa o dotkliwych potrzebach i środkach samopomocy.

Dla przeprowadzenia wskazań, zawartych w rezolucyach powyższych, ankieta zaleca w szczególności:

a) Wniesienie do odpowiednich czynników memoryałów i próśb w duchu rezolucyi.

b) Zakładowi ubezpieczenia robotników od wypadków i Związkowi powiatowych kas chorych przystąpienie do galicyjskiego Towarzystwa walki z gruźlicą w charakterze członków założycieli i wpływanie na kasy związkowe, aby same zostały członkami Towarzystwa i jednały mu członków i subwencye, tudzież popierały tworzenie dyspenzatoryów szczególnie przez udzielanie lokalu.

c) Towarzystwu walki z gruźlicą zmianę statutu w tym duchu, by do Wydziału głównego (§ 19) i komitetu wykonawczego (§ 20) prócz członków wybieralnych, należeli nadto z urzędu z głosem stanowczym reprezentanci zarządu Zakładu ubezp. rob. od wyp. i zgromadzenia delegatów Związku pow. kas chorych, wyznaczani na każdoczesny okres urzędowania członków wybieralnych.

d) Dopóki Towarzystwo walki z gruźlicą nie uzyska dostatecznych funduszów na budowę dalszych baraków pod Lwowem, a nowych pod Krakowem i na prowincyi, względnie dopóki nie otrzyma gwarancyi kraju na spłatę pożyczki na ten cel uzyskać się mającej od Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, poddaje się Związkowi powiatowych kas chorych pod rozwagę, czyby w ustawowym i statutowym zakresie działania, nie mógł wystawić na razie własnym funduszem ewen-

*) W komunikacie swoim nie rozróżnia zarząd Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dostatecznie zarządu lwowskiego koła Towarzystwa walki z gruźlicą od ogólnego zarządu tego Towarzystwa; według obecnego statutu Towarzystwa spoczywa ogólny zarząd na razie wspólnie w ręku zarządów Koła lwowskiego i krakowskiego, które są sobie równorzędne.

tualnie łącznie z kasami chorych baraków na razie pod Lwowem i Krakowem i oddać ich w zarząd Towarzystwa walki z gruźlicą do użytku dla członków Związku za taksą z Towarzystwem umówić się mającą.

e) Poddać pod rozwagę Towarzystwa walki z gruźlicą, aby uzyskawszy grunt własny, na podstawie obecnych swych dochodów, a przy pomocy pożyczki przystąpiło do budowy nowego baraku.

f) Towarzystwu »Walki z gruźlicą« opracowanie szczegółów akcyi w myśl rezolucyi V. i IX. (dyspensatorya, propaganda)«.

XVIII. Zjazd austryackich Izb lekarskich w Gracu

w dniach 27. i 28. września 1912.

Na porządku dziennym Zjazdu są następujące sprawy:

1) Uregulowanie stosunku lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczenia od wypadków.

2) Uregulowanie stosunku lekarzy do zakładów ubezpieczenia na życie.

3) Państwowa ustawa sanitarna (Izba styryjska).

4) Lekarski bank kredytowy (Izba dolno austryacka).

5) Zmiana sposobu obrad na zjazdach Izb lekarskich (Izba dolno-austryacka i niemiecka sekcya Izby czeskiej).

6) Pojęcie praktyki lekarskiej (Izba dolno-austryacka).

7) Sprawa lekarzy szkolnych (Izba wiedeńska).

8) Projekt ustawy karnej (Izba wiedeńska).

9) Ugoda co do pobierania opłat od członków przenoszących się do obwodu innej Izby (Izba śląska).

10) Rozbiory moczu wykonywane przez nie-lekarzy (Izba zachodnio-galicyjska).

11) Uwolnienie od opłaty pocztowej lekarskich doniesień o chorobach zakaźnych (niemiecka sekcya Izby morawskiej).

12) Zajęcie stanowiska wobec ustawy aptekarskiej z roku 1906 (Izba styryjska).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. IX. do 14. IX. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † — (2 † —), duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1), czerwonki 69 † 12 (6 † 1), gorączki połogowej 2 † 2 (— † —), róży — † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. IX. do 9. IX. 1912 przypadków: ospy — † 1, płonicy — † —, dur wysypkowy 1 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na pełnem posiedzeniu komisyi zdrojowej w Szczawnicy dn. 10. IX. zamianowano stałym lekarzem zakładowym na sezon letni Dra Kaliksta Włyńskiego, lekarza klimatycznego z Arco w Tyrolu.

Mianowani: Prof. Hess dyrektorem kliniki okulistycznej w Monachium (jako następca prof. Eversbuscha). — Dr Bogdanow z Moskwy profesorem medycyny wewn. przy uniw. warszawskim. — Dr Czerewkow profesorem pedyatryi w Charkowie. — Dr Adolfi profesorem anatomii w Dorpacie.

Zmarli: Dr Bronisław Jordan Warzycki, emer. starszy lekarz pow. w Krakowie, w 57 r. ż. — Dr Paweł Tęczyński, b. lekarz naczelny szpitala miejskiego we Władywostoku, zmarł w Petersburgu 21. sierpnia b. r. — Dr Władysław Sękowski w Tomaszowie 25. sierpnia b. r. — Prof. Prof. A. Cramer, dyrektor kliniki psychiatrycznej w Getyndze.

Redakcya otrzymała: Dr M. Gockel: Sind bei der chronischen Stauungsinsuffizienz des Magens die gebräuchlichen häufigen Spülungen und Ausheberungen entbehrlich? (Sonderabdr. aus med. Klin. 1912. Nr 30). — Dr E. Cmunt: Die Wirkung der internen Darreichung der Gelatine auf die Viscosität des Blutes. (Sonderabdr. aus med. Klin. 1912. Nr 34). — Dr I. W. Brewer: Die Therapie der Seekrankheit. (Aus Therapeutic Gazette 15. Juni 1912). — Dr P. Greven: Ein Fall von Glaukoma simplex, erfolgreich behandelt nach: v. Arlt mit Pilocarpin und Dionin. (Sonderabdr. aus Nro 40. v. 25. VI. 1912. D. Wchschr. f. Hyg. u. Ther. d. Auges, XV. Jahrgang).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.